



MINISTERO
DELL'INTERNO

疾病监测和病例数据收集调查表

姓名 _____ 出生日期 _____ 出生地 _____

户籍所在地 _____ 电话 _____

			得分	
1	在过去两年，您的家庭成员/伴侣中是否有人患过肺结核？	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	2	
2	在过去两年中，您是否与肺结核病例有过密切接触？	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	3	
3	您是否曾被诊断患有肺结核？	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	3	
4	您目前是否正在接受肺结核治疗，或者您在离开乌克兰时是否正在接受治疗？	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	4	
5	您是否已咳嗽至少 2 周？	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	3	
6	您是否发烧至少 1 周？	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	2	
7	您有盗汗吗？	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	1	
8	在过去三个月中，您的体重是否减轻？	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	1	
9	您有胸痛吗？	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	2	
		总计		